



ÉOSINOPHILIE

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Ne jamais négliger une Hyperéosinophilie, même asymptomatique.
- Ne pas envisager (initialement) le diagnostic d'atopie si les éosinophiles sont > 1.5 G/L.

STADES

HYPERÉOSINOPHILIE MODÉRÉE

= Éosinophile (Eo) > 0.5 G/L

HYPERÉOSINOPHILIE

= Éosinophiles > 1.5 G/L contrôlée deux fois à un mois d'intervalle

SYNDROME D'HYPERÉOSINOPHILIE

= Hyperéosinophilie + une atteinte d'organe

PHYSIOPATHOLOGIE

L'hyperéosinophilie est responsable d'une cytotoxicité, il entraîne des dysfonctions d'organe (cœur, poumon, tube digestif, peau, système nerveux central) et des thromboses.

REMARQUE :

Il n'existe pas de relation entre l'importance de l'hyperéosinophilie et le retentissement sur les organes.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE : EN FONCTION DE L'EXAMEN CLINIQUE

EN RÈGLE GÉNÉRALE

Eo < 0.9 G/L



Atopie, parasitose, asthme

Eo > 0.9 G/L



Chercher une autre cause

1. MÉDICAMENTS

AINS, allopurinol, ATB, AVK = causes fréquentes, contrôler à distance après l'arrêt du médicament

Enquête médicamenteuse minutieuse + réaliser une exploration hépatique ASAT, ALAT, GGT (il faut éliminer un DRESS syndrome)

2. PARASITES À PHASE TISSULAIRE

PARASITES À RECHERCHER AU RETOUR D'UN SÉJOUR TROPICAL

Filariose* sérologie en première intention
Bilharziose*, ***
Anguillulose*
Ankylostomiase**

PARASITES AUTOCHTONES

Eo < 1 G/L :

Oxyure (Scotch test anal)
Tænia**
Hydatidose*

Eo > 1 G/L :

Toxocarose* (souvent asymptomatique)
Trichinose* (si consommation gibier)
Distomatose*, ** (si symptomatique)
Anisakiase (consommateurs de poissons crus, par explo digestive)

Examens diagnostiques : * Sérologie, ** Parasitologie des selles, *** Recherche urinaire

→ Il ne faut pas hésiter à faire une recherche sérologique large

3. HÉMOPATHIE (LYMPHOME T, HODGKIN)

Intérêt de l'orientation clinique et de la symptomatologie

(Prurit + Hyperéosinophilie chez le sujet jeune : penser à la maladie de Hodgkin
Lésion cutanée : penser au lymphome T ...)

Recours à l'imagerie, biopsie...

4. INFECTION À VIH OU HTLV

5. LES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

6. LA MALADIE AUTO-IMMUNE

Maladie de Wegener : Rhume, sinusite, signes respiratoires, puis AEG, sueurs, arthralgies, att rénale et pulmonaire, (dosage ANCA, Créatinine, protéinurie)

Syndrome de Churg et Strauss : Asthme, AEG, Fièvre, Eo>1.5g/L, (dosage ANCA)

À savoir :

Si la recherche étiologique est négative, il faut penser au syndrome d'hyperéosinophilie et demander un avis hématologique. Bilan conseillé de première intention avant consultation hématologique :

→ B12, dosage de la tryptase, IgE totale, Electrophorèse des protéines sériques, LDH

• **Causes possibles** : Néoplasie myéloïde, lymphoïde, Syndrome Hyperéosinophilie, mastocytose, syndrome myéloïdysplasique

• Afin d'évaluer le retentissement d'une Hyperéosinophilie chronique (> 1.5 G/L et > 6 mois) sans diagnostique : **réaliser une consultation cardiaque**